

Resumen del plan del empleador para:

12669000 - TFA Logistics

Enfermedades graves

Detalles de la cobertura	
El seguro voluntario de enfermedades graves de Symetra ofrece un pago único si se diagnostica una afección médica cubierta después de que entre en vigor la cobertura para la persona. Las afecciones cubiertas incluyen enfermedades y/o problemas de salud graves como los que se especifican a continuación.	
Beneficios básicos	Cáncer invasivo: 100%; Cáncer no invasivo: 50%; Cáncer de la piel: \$500; Ataque cardíaco: 100%; Accidente cerebrovascular: 100%; Arteriopatía coronaria que necesita cirugía o angioplastia: 25%; Paro cardíaco súbito: 100%; Accidente isquémico transitorio: 25%; Insuficiencia de órganos importantes: 100%; VIH laboral: 100%; Insuficiencia renal terminal: 100%; Pérdida de la vista: 100%; Pérdida del habla: 100%; Pérdida de la audición: 100%; Parálisis: 100% (cubre enfermedades y accidentes); Quemaduras graves: 100%; Trasplante de células progenitoras: 100%
Afecciones neurológicas	Esclerosis lateral amiotrófica/otra enfermedad de la neurona motora: 50%; Enfermedad de Alzheimer avanzada: 50%; Enfermedad de Parkinson: 50%; Esclerosis múltiple avanzada: 50%; Coma: 100%; (cubre accidentes y enfermedades), Tumor benigno en el cerebro: 100%
Afecciones infantiles	Anomalía estructural congénita mayor: 100%; Enfermedad metabólica congénita: 100%; Anomalía cromosómica congénita: 100%; Afección crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia: 100%
Otros beneficios	Enfermedades infecciosas: 25% (Estadía mínima en el hospital: 5 días)
Ocurrencias adicionales	Si le diagnostican una enfermedad grave cubierta y entonces, por lo menos un día después, le diagnostican una enfermedad grave cubierta diferente, también pagaremos el beneficio adicional por enfermedad grave para la segunda afección cubierta.
Opciones	
Beneficio de valoración de salud	Paga un beneficio anual de \$100 únicamente para gastos de rayos X y pruebas de laboratorio incurridos por el empleado, el cónyuge o el hijo.
Beneficio de recurrencia	Paga un beneficio adicional de 100% del beneficio de enfermedades graves cuando una enfermedad grave específica ocurre más de 6 meses después del primer diagnóstico. Cada problema médico es pagadero una cantidad ilimitada de veces, a menos que el certificado especifique otra cosa.
Exoneración del pago de primas	Ninguno
Cantidad(es) de beneficios para el empleado	
Beneficio de enfermedades graves para el empleado: \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000	
Beneficio de emisión garantizada: Hasta un máximo de \$5,000, \$10,000, \$15,000, \$20,000, \$25,000, \$30,000, \$35,000, \$40,000, \$45,000 o \$50,000	
Cantidad(es) de beneficios para el dependiente	
Beneficio del cónyuge: 100% de la cantidad del beneficio; Beneficio del hijo: 50% de la cantidad del beneficio	

Definiciones	
Emisión garantizada	La emisión garantizada es la cantidad del beneficio disponible sin que se requiera un comprobante de asegurabilidad en el momento en que la persona sea elegible para la cobertura por primera vez.
Comprobante de asegurabilidad	Hay disponibles cantidades del beneficio de emisión garantizada sin necesidad de evaluación médica. No se requiere un comprobante de asegurabilidad (<i>Evidence of Insurability</i> , EOI) en las inscripciones abiertas iniciales ni en las anuales. Excepto cuando se seleccione la cobertura durante un período de inscripciones, no se requerirá un EOI durante el año del plan cuando un empleado solicite la cobertura como empleado nuevo o como empleado existente después de un cambio en una situación de su vida que haya sido aprobado, cuando dichas elecciones se hagan dentro de 30 días a partir de la elegibilidad según el plan o el cambio de situación.
Reducción de la cantidad del beneficio con base en	Ninguna
Pago del beneficio máximo de por vida	No hay un máximo de por vida
Período de espera del beneficio	Ninguno
Problema médico preexistente	Ninguna
Continuación de la cobertura	Incluido

Si la cobertura de enfermedades graves se ofrece actualmente a través de una compañía aseguradora diferente: Los participantes actuales de un plan existente recibirán crédito por el tiempo servido bajo esa póliza como parte de la característica de continuidad de la cobertura anterior de la póliza de enfermedades graves que ofrece Symetra Life Insurance Company. Symetra contará con la confirmación del estado de la cobertura existente por parte del titular de la póliza.

Las pólizas de seguro contra enfermedades graves han sido diseñadas para proporcionar beneficios de acuerdo con una cantidad fija preseleccionada en dólares para enfermedades graves específicas. La cobertura puede estar sujeta a exclusiones, limitaciones, reducciones y cancelación de las disposiciones de los beneficios. Las pólizas no satisfacen los requisitos de cobertura mínima esencial de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Las pólizas de enfermedades graves están aseguradas por Symetra Life Insurance Company, 777 108th Avenue NE, Suite 1200, Bellevue, WA 98004. El número de formulario de la póliza base es SBC-00535 en la mayoría de los estados y no se ofrece en todos los estados de EE.UU. ni en ningún territorio de los Estados Unidos.

Descripción de los beneficios para:

12669000 - TFA Logistics

Enfermedades graves

Beneficio de enfermedad grave

El seguro de enfermedades graves proporciona un pago como suma global en el momento del primer diagnóstico de una enfermedad cubierta, una vez que la cobertura entre en vigencia.

Cáncer invasivo

El cáncer invasivo se define como un tumor maligno caracterizado por el crecimiento no controlado y la diseminación de células malignas con invasión del tejido adyacente, confirmado con pruebas histológicas de la presencia de cáncer. Los cánceres invasivos incluyen leucemia, linfoma, sarcoma, melanoma maligno con un grosor mayor de 1 mm, cualquier tipo de cáncer de seno o mieloma múltiple. El cáncer invasivo debe ser diagnosticado por un especialista de acuerdo con un diagnóstico clínico o patológico.

Cáncer no invasivo (*in situ*)

El cáncer no invasivo (*in situ*) se define como un cáncer cuyas células tumorales se encuentran dentro del tejido de origen y no se han diseminado al tejido adyacente. Los cánceres no invasivos incluyen: leucemia linfocítica crónica que no ha progresado más allá de la etapa 0 de RAI; melanoma maligno en etapa 1A (T1a) (un melanoma con un grosor de 1.0 mm o menos, sin ulceraciones y sin invasión de nivel IV o de nivel V de Clark); o cáncer incipiente de próstata clasificado como T1a o T1b (o clasificación por etapas equivalente), sin afectación de los ganglios linfáticos ni metástasis distante. El diagnóstico tiene que ser confirmado con un informe de un especialista que incluya el informe de patología.

Cáncer de piel sin melanoma

Un cáncer de piel sin melanoma

Se define como un crecimiento maligno se define como un crecimiento maligno que se presenta en la superficie de la piel y que es uno de estos tipos: Carcinoma basocelular; carcinoma de células escamosas o carcinoma de células de Merkel. El diagnóstico tiene que realizarlo un especialista y estar basado en un examen patológico del tejido de las lesiones de la piel.

Ataque cardíaco (infarto de miocardio)

Un ataque cardíaco (infarto de miocardio) se define como la muerte isquémica de una parte del músculo del corazón debido a la obstrucción de una o más arterias coronarias. El diagnóstico tiene que realizarlo un especialista y estar basado en la medición en serie de biomarcadores cardíacos en la sangre que revele un patrón y un nivel congruente con un diagnóstico de ataque cardíaco (infarto de miocardio) y cualquier otro criterio diagnóstico que cumpla con la definición clínicamente aceptada de ataque cardíaco.

Accidente cerebrovascular

Un accidente cerebrovascular es un evento cerebrovascular agudo que ocasiona la muerte irreversible de tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal o un infarto cerebral debido a una embolia o trombosis en un vaso intracraneal. Este evento debe dar como resultado un deterioro neurológico funcional con signos neurológicos anómalos objetivamente observados en un examen físico realizado por un especialista, y el diagnóstico también debe estar apoyado con los resultados de técnicas de imágenes cerebrales y debe ser congruente con el diagnóstico de un nuevo accidente cerebrovascular.

Arterioesclerosis que necesita cirugía o angioplastia

La arterioesclerosis que necesita cirugía o angioplastia se define como una enfermedad coronaria con obstrucciones en una o más arterias coronarias demostradas en angiografía coronaria y cateterización cardíaca que requiere que el asegurado se someta a una cirugía de bypass de las arterias coronarias o una angioplastia coronaria. El asegurado debe requerir una intervención de revascularización coronaria o una angioplastia de la(s) arteria(s) coronaria(s) que sigan las pautas clínicamente aceptadas de las cirugías cardiovasculares, ya sea como beneficio pronóstico o para una arteriopatía coronaria sintomática que no se puede manejar apropiadamente con un tratamiento médico óptimo.

Paro cardíaco repentino

Un paro cardíaco repentino se define como una pérdida súbita e inesperada de la función cardíaca en la cual el corazón deja de trabajar abruptamente y sin previo aviso como resultado de una disfunción cardíaca del sistema eléctrico interno. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista, y el paro cardíaco súbito debe ser el resultado de una arteriopatía coronaria, miocardiopatía, hipertensión, valvulopatía, alteración primaria del ritmo cardíaco como el síndrome de Brugada o el síndrome de QT largo o una cardiopatía congénita.

Accidente cerebrovascular transitorio (TIA)

Un accidente cerebrovascular transitorio (TIA) se define como un evento isquémico agudo en el cual ocurren deficiencias neurológicas funcionales temporales sin evidencia de un infarto cerebral agudo. El diagnóstico lo debe realizar un especialista según los criterios diagnósticos clínicos de la afección, incluidos los siguientes: Los estudios diagnósticos por imágenes no muestran daño en el tejido cerebral; la aparición nueva de impedimentos neurológicos funcionales reversibles; los impedimentos neurológicos temporales no son el resultado de convulsiones, migrañas, trastornos metabólicos, síncope ni de otras afecciones similares.

Insuficiencia de órganos importantes

La insuficiencia de órganos importantes se define como la falla o pérdida permanente de uno o más de los siguientes órganos: corazón, hígado, pulmón o páncreas que requiere el trasplante quirúrgico de un órgano humano. Un especialista tiene que determinar que es necesario el trasplante de uno o de una combinación de los órganos mencionados para tratar la insuficiencia orgánica del asegurado, y el asegurado debe participar activamente en el tratamiento teniendo como meta un trasplante eventual. El requisito de la meta de un trasplante se dispensa si el asegurado está demasiado enfermo para someterse a la cirugía de trasplante, pero que la cirugía se recomendaría de otra manera debido a la insuficiencia orgánica.

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ocupacional

La infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ocupacional se define como la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como resultado de una lesión accidental que expuso al asegurado a sangre o líquidos corporales contaminados con VIH durante el curso de las labores de la ocupación normal del asegurado. El accidente que cause la infección con el VIH tiene que haber ocurrido en Estados Unidos o en sus territorios y mientras la persona estaba cubierta por la póliza. Además, el asegurado debe informar el accidente a su empleador en un lapso de 24 horas a partir del accidente.

Se debe cumplir con las siguientes dos condiciones:

a. Se debe hacer una prueba de sangre en un lapso de 14 días del accidente, y los resultados deben indicar que no hay VIH ni anticuerpos del VIH.

B. Se debe comprobar un resultado positivo en suero con otra prueba del VIH en un lapso de 180 días del accidente, que indique la presencia de una infección con el VIH.

Insuficiencia renal terminal (insuficiencia de riñón)

La insuficiencia renal terminal (insuficiencia de riñón) se define como la insuficiencia total e irreversible de ambos riñones que requiere diálisis renal regular permanente o un trasplante de riñón. Un especialista debe confirmar la necesidad de cualquiera de lo siguiente: el asegurado debe recibir diálisis renal periódica al menos cada semana; o el asegurado necesita un trasplante de riñón.

Pérdida de la vista

La pérdida de la vista se define como la pérdida permanente e irreversible del sentido de la vista en ambos ojos. La pérdida de la vista es una enfermedad grave cubierta cuando se debe a un accidente o a cataratas, glaucoma, degeneración macular o a una enfermedad similar. La pérdida de la vista también es una enfermedad grave cubierta si se debe a un trastorno congénito de un niño recién nacido cubierto. Un especialista tiene que confirmar clínicamente que la agudeza visual corregida del asegurado es de 20/200 o inferior, o que el campo visual es menor de 20 grados en ambos ojos.

Pérdida del habla

La pérdida del habla se define como la pérdida permanente de la habilidad de hablar en un grado tal que el asegurado resulta ininteligible para otra persona que pueda oír normalmente. La pérdida del habla es una enfermedad grave cubierta cuando se debe a un accidente o al síndrome de Guillain Barré, a corea de Huntington o a una enfermedad similar. La pérdida del habla también es una enfermedad grave cubierta si se debe a un trastorno congénito de un niño recién nacido cubierto. El asegurado debe poder demostrar que la pérdida ha sido continua durante un mínimo de 180 días. El diagnóstico de la pérdida tiene que realizarlo un especialista.

Pérdida de la audición

La pérdida de la audición se define como una reducción permanente de la audición en ambos oídos hasta un punto en el que el asegurado no puede oír sonidos de 90 o menos decibelios. La pérdida de la audición es una enfermedad grave cubierta cuando se debe a un accidente o a meningitis bacteriana, a síndrome de Meniere o a una enfermedad similar. La pérdida de la audición también es una enfermedad grave cubierta si se debe a un trastorno congénito de un niño recién nacido cubierto. El diagnóstico debe realizarlo un especialista con base en pruebas audiométricas.

Parálisis

La parálisis se define como daño al cerebro o a la médula espinal causado por un [accidente o] enfermedad que da como resultado tetraplejía, paraplejía, hemiplejía o diplejía. Tiene que haber una pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades, presente de manera continua durante un mínimo de 180 días.

Quemaduras graves

Las quemaduras graves se definen como haber sufrido quemaduras de tercer grado. Las quemaduras de tercer grado tienen que cubrir al menos el 20% del área de la superficie del cuerpo del asegurado.

Trasplante de células madre (médula ósea)

El trasplante de células madre se define como la necesidad de un trasplante de células madre autólogo o alogénico que se necesite por el riesgo de la habilidad de la médula ósea para producir suficientes glóbulos. El diagnóstico lo debe realizar un especialista que sea hematólogo u oncólogo, y el asegurado debe estar recibiendo activamente un tratamiento con la meta de un trasplante eventual.

El requisito de la meta de un trasplante se dispensa si el asegurado se encuentra demasiado enfermo para someterse a un trasplante de células progenitoras, pero que de otra manera se recomendaría este trasplante debido a la afectación de la habilidad de la médula ósea para producir suficientes células sanguíneas.

Esclerosis lateral amiotrófica (ALS) y otras enfermedades de la neurona motora

La esclerosis lateral amiotrófica (ALS) y otras enfermedades de la neurona motora se definen como un diagnóstico definitivo de un especialista en atrofia muscular espinal, parálisis bulbar progresiva, esclerosis lateral amiotrófica (ALS o enfermedad de Lou Gehrig) o esclerosis lateral primaria. Debe existir una degeneración progresiva de tractos corticoespinales y células de asta anterior o neuronas eferentes bulbares. Debe haber un impedimento neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora con una debilidad muscular que ha persistido durante un período continuo de al menos 90 días.

Enfermedad de Alzheimer avanzada

La enfermedad de Alzheimer avanzada se define como demencia debido a la enfermedad de Alzheimer, en donde existe un deterioro progresivo y permanente de la memoria y la capacidad intelectual.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer debe ser confirmado por un especialista, y debe apoyarse en pruebas cognitivas estandarizadas aceptadas clínicamente y en un examen neurológico. Debe ser una enfermedad de Alzheimer avanzada en la que haya reducción considerable del funcionamiento mental y social, cuando el asegurado no pueda realizar de manera independiente al menos 2 de las siguientes 6 “actividades de la vida cotidiana” durante un período continuo de al menos 180 días:

Las actividades de la vida cotidiana se definen como:

- a. Bañarse: lavarse por sí mismo en un baño de esponja o en la bañera o bajo la regadera, incluida la tarea de entrar y salir de la bañera o la ducha;
- b. Vestirse: ponerse y quitarse todas las prendas de ropa y todo soporte, sujetador o extremidades artificiales;
- c. Comer: comer por sí solo introduciendo la comida en el cuerpo desde un recipiente (como un plato, taza o mesa) o con una sonda de alimentación o por vía intravenosa.
- d. Transferirse: subirse y bajarse de la cama o de una silla de ruedas.
- e. Uso del inodoro y aseo: entrar y salir del baño, sentarse y levantarse del inodoro, y realizar la higiene personal asociada.
- f. Continencia: la habilidad de mantener el control de la función intestinal y de la vejiga urinaria o, cuando no sea capaz de hacerlo, la habilidad de realizar la higiene personal asociada (incluido el cuidado de un catéter o de una bolsa para colostomía).

Enfermedad de Parkinson

La enfermedad de Parkinson se define como un diagnóstico inequívoco de la enfermedad de Parkinson ideopática. Debe haber temblor de reposo, rigidez, bradicinesia y alteración de la marcha compatibles con un diagnóstico de la enfermedad de Parkinson según la evaluación de un especialista.

Esclerosis múltiple

La esclerosis múltiple se define como un diagnóstico de un especialista en esclerosis múltiple definitiva.

Deben cumplirse los siguientes dos (2) criterios:

1. Debe haber un impedimento neurológico funcional permanente con evidencia objetiva de disfunción motora o sensorial que debe haber persistido durante un período continuo de al menos 180 días.
2. El diagnóstico también debe haberse confirmado con investigaciones neurológicas objetivas, como punción lumbar, respuestas visuales provocadas, respuestas auditorias provocadas y evidencia de lesiones del sistema nervioso central mediante IRM.

Coma

El coma se define como un estado de inconsciencia profunda como resultado de un [accidente] [o] enfermedad, del cual no se puede lograr que un asegurado recupere la conciencia con estímulos externos o internos, según lo determine un médico.

Este diagnóstico debe estar apoyado con evidencia de lo siguiente:

- a. Falta de respuesta a los estímulos externos durante al menos 96 horas.
- b. Necesidad de medidas de soporte vital para sustentar la vida.
- c. Daño cerebral que da como resultado un déficit neurológico permanente que se debe evaluar al menos 30 días después del inicio del coma.

Tumor cerebral benigno

Un tumor cerebral benigno se define como un tumor que no es maligno y que se encuentra en la bóveda craneal y se limita al cerebro, las meninges, los nervios craneales o la glándula pituitaria. El tumor cerebral benigno debe requerir cirugía o tratamiento con radiación o causar déficits neurológicos objetivos irreversibles.

Anomalía estructural congénita seria

Una anomalía estructural congénita seria se define como una malformación estructural que surge en el útero y tiene consecuencias médicas, sociales o cosméticas considerables para la persona afectada, y requiere tratamiento médico. Entre los ejemplos de una anomalía estructural congénita seria se encuentran, sin limitarse, las cardiopatías congénitas complejas, espina bífida (excepto la oculta), labio leporino/fisura palatina, anencefalia, onfalocele y pie zambo.

Una anomalía estructural congénita seria debe ser diagnosticada y determinada por un especialista según los criterios diagnósticos clínicamente aceptados. El especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Enfermedad metabólica congénita

La enfermedad metabólica congénita se define como un trastorno genético o heredado resultante de un defecto enzimático en las vías bioquímicas y metabólicas que afecta el metabolismo de las proteínas, las grasas, los carbohidratos, o que causa el deterioro de la función de los organelos, presentándose como afecciones complicadas que involucran varios sistemas orgánicos humanos. Los ejemplos de enfermedades metabólicas congénitas incluyen, pero no se limitan a, deficiencia de fenilalanina hidroxilasa, enfermedad de Niemann-Pick, enfermedad de Tay Sachs, enfermedad de Gaucher, fenilcetonuria y fibrosis quística.

Una enfermedad metabólica congénita debe ser diagnosticada y determinada por un especialista según los criterios diagnósticos clínicamente aceptados. El especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Anomalía cromosómica congénita

Una anomalía cromosómica congénita se define como una anomalía congénita presente al nacer en el número o la estructura de los cromosomas, excepto las causantes de las enfermedades metabólicas congénitas, que ocasiona afecciones que requieren tratamiento médico. Los ejemplos de otras anomalías cromosómicas incluyen, entre otros, síndrome de Down, síndrome de DiGeorge, síndrome de Turner, anemia drepanocítica, acondroplasia, síndrome de X frágil, hemofilia, neurofibromatosis, distrofia muscular, síndrome de Prader Willi y déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (DG6PDH) El diagnóstico de una anomalía cromosómica congénita debe ser diagnosticada y determinada por un especialista según los criterios diagnósticos clínicamente aceptados. El especialista debe establecer un plan de tratamiento específico para la afección.

Afección médica crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia

Una afección médica crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia se define como una afección determinada que requiere tratamiento médico continuo, y que se espera que persista al menos cinco años después del diagnóstico. Los ejemplos de afecciones médicas crónicas frecuentemente diagnosticadas en la infancia incluyen, sin limitarse a ellos, la epilepsia, deficiencia de la hormona de crecimiento humano, displasia broncopulmonar, parálisis cerebral, escoliosis, asma y diabetes tipo 1.

La afección médica crónica frecuentemente diagnosticada en la infancia debe ser diagnosticada por un especialista tomando como base los criterios apropiados clínicamente aceptados para la afección determinada. La afección debe ser grave, lo que

- a. Una afección que requiere tratamiento médico durante un mínimo de 12 meses consecutivos, cuando el tratamiento incluye medicamentos orales, inhalados, inyectados o infundidos prescritos tomados en un horario habitual y exceptuando la profilaxis antibiótica.
- b. Una afección que requiere terapia física, del habla u ocupacional por un mínimo de 12 meses consecutivos.
- c. Una afección que requiere ortesis u otro tratamiento no quirúrgico prescrito durante un mínimo de 12 meses consecutivos.
- d. Asma que requiere el uso diario de corticosteroides inhalados y al menos otro medicamento inhalado de acción prolongada por un mínimo de 12 meses consecutivos.

Enfermedad infecciosa

La enfermedad infecciosa se define como cualquiera de estas: una infección adquirida en la comunidad; una infección nosocomial (asociada con la atención médica o adquirida en un hospital), incluidas infecciones en sitios quirúrgicos después de un alta hospitalaria o posterior a la fecha de un procedimiento quirúrgico; o infecciones en personas que están inmunodeprimidas.

Las enfermedades infecciosas incluyen una infección de cualquier órgano o tejido, incluidos, aunque sin limitarse a ellos, tejido subcutáneo, ojos, pulmones, sistema nervioso central, huesos, músculos, sangre (síndrome séptico/bacteriemia), hígado, vías urinarias, tracto gastrointestinal.

Aunque no siempre se puede identificar el agente o los agentes responsables de la enfermedad infecciosa, y un asegurado podría ser tratado empíricamente con base en la evaluación clínica de una infección realizada por el especialista, una enfermedad infecciosa puede ser causada por bacterias, virus, hongos o protozoarios. Los ejemplos de agentes infecciosos incluyen (COVID-19), *Staphylococcus aureus* (resistentes y susceptibles a la meticilina), estreptococos, enterococos, bacterias anaeróbicas, *Clostridium difficile*, *Escherichia coli*, hepatitis, influenza, cándida, aspergilos y plasmodios, entre otros. El diagnóstico de una enfermedad infecciosa debe ser confirmado por un especialista y apoyado con los resultados objetivos de una prueba de laboratorio. La enfermedad infecciosa debe dar como resultado una hospitalización para el tratamiento de la enfermedad infecciosa que dure por lo menos [3-15] días consecutivos.

Continuación de la cobertura durante una ausencia temporal

La cobertura puede prolongarse más allá de la fecha en la cual hubiera terminado, de acuerdo con las disposiciones de terminación, si el asegurado se ausenta del trabajo debido a cualquiera de las razones a continuación. La cobertura no continuará después del período máximo mostrado a continuación para cualquier ausencia temporal. Si el asegurado califica para continuar con la cobertura con más de una razón, los períodos de continuación serán simultáneos. No se pueden aplicar los períodos de continuación de manera consecutiva. La continuación de la cobertura está sujeta al pago de la prima correspondiente.

Beneficio de valoración de salud

El beneficio de valoración de salud se paga una vez al año, por asegurado cubierto, cuando uno o más de los siguientes exámenes, rayos X, pruebas de laboratorio se realicen durante un año calendario. Un beneficio de valoración de salud se paga una vez por asegurado cubierto durante un año calendario, sin importar el número de exámenes, rayos X, pruebas de laboratorio que se realicen durante el año.

1. Pruebas de detección de cáncer:

- (a) Biopsia
- (b) Prueba de médula ósea
- (c) Ultrasonido de seno
- (d) CA 125 (examen de sangre para cáncer de ovario)
- (e) CA 15-3 (examen de sangre para cáncer de seno)
- (f) ACE (examen de sangre para cáncer de colon)
- (g) Colonoscopia
- (h) Sigmoidoscopia flexible
- (i) Examen de sangre oculta en las heces
- (j) Mamografía
- (k) Prueba de Papanicolaou
- (l) APE (prueba de antígeno prostático específico)
- (m) Electroforesis de proteína en suero (prueba de sangre para mielomas)
- (n) Termografía

2. Pruebas de detección de enfermedades relacionadas con el corazón

- (a) Pruebas de sangre para triglicéridos
- (b) Radiografía de pecho
- (c) Prueba de nivel de colesterol en el suero para determinar los niveles de HDL/LDL
- (d) Prueba de estrés en una bicicleta o una caminadora

3. Prueba de detección para enfermedades relacionadas con un órgano

- (a) Examen de glucosa en la sangre en ayunas

Lesión o enfermedad

Si el empleado se ausenta del trabajo debido a una enfermedad o lesión, cualquier cobertura se puede extender durante un período de 6 meses consecutivos de la última fecha de trabajo activo.

Permiso personal de ausencia

Si se encuentra en un permiso de ausencia documentado, cualquier cobertura se puede extender hasta por 2 meses desde la última fecha de trabajo activo. Si el permiso termina antes de la fecha acordada, esta continuación terminará de inmediato.

Permiso de ausencia por razones familiares y médicas

Si se encuentra en un permiso de ausencia aprobado de acuerdo con la Ley de permisos por razones familiares y médicas (FMLA) de 1993 y sus modificaciones o con una ley estatal similar, toda su cobertura puede continuar hasta por 3 meses desde la fecha en que estuvo activo en el trabajo por última vez. Si el permiso termina antes de la fecha acordada, esta continuación terminará de inmediato.

Permiso de ausencia por razones militares

Si se encuentra en un permiso de ausencia por razones militares de acuerdo con la Ley de derechos de empleo y reemplazo de los servicios uniformados (USERRA) de 1993 y sus modificaciones, toda su cobertura puede continuar hasta por 12 semanas desde la fecha en que estuvo activo en el trabajo por última vez. Si el permiso termina antes de la fecha acordada, esta continuación terminará de inmediato.

Sabático

Si se encuentra en un sabático aprobado por el empleador, toda su cobertura se puede extender hasta por 2 meses desde la última fecha de trabajo activo. Si el sabático termina antes de la fecha acordada, esta continuación terminará de inmediato.

Cese temporal

Si es cesado de manera temporal por el empleador debido a la falta de trabajo, toda su cobertura puede continuar hasta por 2 meses desde la última fecha de trabajo activo. Si el cese se hace permanente, esta continuación terminará de inmediato.

Cierre de producción temporal

Si no está trabajando debido a un cierre de producción temporal del empleador, toda su cobertura se puede extender hasta por 2 meses desde la última fecha de trabajo activo. Si el cierre de producción se hace permanente, esta continuación terminará de inmediato.

Huelga/disputa laboral

Si no está trabajando debido a una huelga o disputa laboral, toda su cobertura se puede extender hasta por 1 mes desde la última fecha de trabajo activo. Si la huelga o disputa laboral termina antes, esta continuación terminará de inmediato.

Portabilidad/Continuación de la cobertura después de la terminación del empleo:

Permite que continúe la cobertura por un periodo ilimitado después de que termine el empleo o de la pérdida de elegibilidad. Consulte el certificado de cobertura para entender los detalles completos de esta disposición.

Si hubiera algún conflicto entre esta propuesta y la póliza emitida, prevalecerán los términos de la póliza.

Las pólizas de seguro contra enfermedades graves han sido diseñadas para proporcionar beneficios de acuerdo con una cantidad fija preseleccionada en dólares para enfermedades graves específicas. La cobertura puede estar sujeta a exclusiones, limitaciones, reducciones y cancelación de las disposiciones de los beneficios. Las pólizas no satisfacen los requisitos de cobertura mínima esencial de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio. Las pólizas de enfermedades graves están aseguradas por Symetra Life Insurance Company, 777 108th Avenue NE, Suite 1200, Bellevue, WA 98004. El número de formulario de la póliza base es SBC-00535 en la mayoría de los estados y no se ofrece en todos los estados de EE.UU. ni en ningún territorio de los Estados Unidos.